

EL ROL DE LES CCAA EN LA POLÍTICA SANITÀRIA CENTRAL

La implementació del RD 16/2012

Autora: Maria Magdalena Ripoll Pascual

Tutor: Raquel Gallego Calderón

TREBALL FINAL DE GRAU DE CIÈNCIES POLÍTIQUES I GESTIÓ PÚBLICA

Curs 2019 – 2020

Data d'entrega: 18 de maig de 2020

ÍNDEX

| | |
|--|-----------|
| 1. Introducció | 3 |
| 2. Evolució del model sanitari 1986-2018..... | 5 |
| 2.1. El SNS abans del RD 16/2012..... | 6 |
| 2.2. El RD 16/2012..... | 7 |
| 2.3. El finançament del sistema sanitari a Catalunya i Andalusia..... | 10 |
| 2.4. El model sanitari català | 11 |
| 2.5. El model sanitari andalús | 14 |
| 3. Metodologia..... | 16 |
| 4. Estudi de cas..... | 18 |
| 4.1. Reacció dels professionals sanitaris..... | 18 |
| 4.2. Reacció dels governs autonòmics..... | 19 |
| 4.3. Implementació i problemes que es trobaven els professionals sanitaris | 21 |
| 4.4. Conseqüències | 23 |
| 5. Anàlisi i discussió | 25 |
| 6. Conclusió..... | 27 |
| 7. Bibliografia..... | 29 |
| 8. Apèndix metodològic..... | 31 |
| ENTREVISTA 1 | 31 |
| ENTREVISTA 2 | 41 |

1. Introducció

La crisi econòmica del 2008 a Espanya fou la justificació tant pel govern central com pels autonòmics per adoptar polítiques d'austeritat en l'àmbit de les polítiques socials. El sector sanitari no en fou l'excepció. El 2012 el govern central, dirigit pel PP, decidí a través d'un Reial Decret canviar un aspecte importantíssim i definitori del sistema de salut: **l'accés a l'assistència sanitària pública**. El SNS¹ havia construït aquest dret com universal i accessible a tota la societat espanyola, independentment del seu estatus legal o del nivell de renda. El **RD 16/2012 “Mesures urgents per assegurar la sostenibilitat del SNS”** redefineix els subjectes que poden gaudir d'aquest dret, adjudicant-lo a l'“assegurat” (persona que cotitza al sistema de la Seguretat Social) i al “beneficiari” (conjugues i fills/es de persones assegurades menors de 26 anys). Això exclou, doncs, els immigrants indocumentats (col·lectiu vulnerable econòmicament i socialment) i tots aquells individus que no entressin dins les noves categories del RD: assegurat i beneficiari. Per exemple, els majors de 26 anys que perden la condició de beneficiari i no són assegurats, perquè no troben feina, quedarien sense cobertura?

Ara bé, la competència sanitària, a l'igual que aquelles competències que afecten al sistema de benestar està sotmesa a la **descentralització política i administrativa** de l'Estat cap als territoris autonòmics; i, per tant, es desplega dintre d'una lògica de **govern de multinivell**. Des de les tres darreres dècades, les CCAA s'han convertit en les definidores dels seus propis sistemes de benestar, elaborant les seves pròpies polítiques d'ingressos i despeses, les quals han permès desenvolupar polítiques de gestió pública que han donat lloc a **diferents models de regulació i prestació de serveis, que reflecteixen diferents posicionaments ideològics en relació a les característiques i rol**

¹ SNS: Sistema Nacional de Salut

del sector públic (Gallego, et.al, 2018:135). Ara bé, degut a que, el RD 16/2012 gaudeix d'una jerarquia normativa superior respecte a la legislació de les CCAA, aquest ha de ser desplegat i implementat per aquestes. No obstant, s'ha observat que els governs autonòmics han donat respostes diferencials, fins al punt que algunes en algun moment han rebutjat implementar-ho i altres el desplegaran literalment.

D'aquesta breu descripció es desprenen tres idees que justifiquen el desenvolupament d'aquest estudi. En primer lloc, en efecte, el govern del PP fent ús de la seva potestat legislativa canvia la naturalesa pròpia del SNS mitjançant un Reial Decret (art. 86CE), el qual es troba reservat a casos **d'extraordinària i urgent necessitat**. Obert es troba al debat si aquest és un cas d'extraordinària i urgent necessitat. En segon lloc, el RD 16/2012 podria vincular-se a la privació d'un dret essencial a un col·lectiu vulnerable com són els immigrants indocumentats. Un dret que, a part d'assegurar (o reforçar) el dret individual a la vida, també vertebra la **salut d'un país**.

En tercer lloc, l'existència d'interpretacions diferenciades per part dels governs autonòmics sobre la implementació del RD² ha permès la seva **aplicació desigual**, i per tant una cobertura diferent de l'assistència sanitària depenent, simplement, de la CCAA en la que ens trobem.

Partint d'aquestes premisses, aquest estudi pretén respondre la següent pregunta: **quins factors han influït en la implementació diferencial del RD 16/2012 a les CCAA?** La literatura existent mostra que a mesura que les CCAA adquirien la competència en matèria sanitària aquestes han elaborat models de gestió diferents. Alhora s'ha de tenir en compte el que apunten diversos estudis: el desplegament d'un sistema sanitari respon a una **opció ideològica concreta**. Aquestes decisions ideològiques són transcendents,

² Per tal de no ser repetitiu quan es vegi escrit RD fa referència al RD 16/2012, en cas contrari s'esmentarà.

perquè han permès als governs de cada CCAA consolidar durant molts anys models diferencials. No obviat aquesta variable, és important afegir un altre element a l'anàlisi. Per respondre a la pregunta de recerca es parteix de la **hipòtesi** que un dels factors més importants per explicar aquesta reacció diferencial davant la necessitat d'implementar el RD és precisament **les característiques pròpies del model sanitari** que cada CCAA ha desenvolupat en les tres darreres dècades. Per tant, si es pren el *path-dependency* com a concepte explicatiu és lògic pensar que, en la mesura que han desenvolupat models sanitaris diferencials, la resposta de cada CCAA respecte al RD també serà diferent.

A partir d'aquí, una primera part del treball es dedica a l'evolució del model sanitari (1986-2018) de dues CCAA en concret, Catalunya i Andalusia. S'elegeixen aquestes dues CCAA perquè d'acord amb la literatura han desenvolupat models de gestió marcadament diferents (Gallego, et.al, 2018:135). Així doncs, en coherència a la hipòtesi establerta s'estudiarà en quina mesura els models sanitaris de cada CCAA són un factor essencial per entendre el posicionament d'aquestes davant del RD. Un cop explicada la *path-dependency*, es passa a explicar com es va dur a terme la implementació del RD en cada CCAA. Per fer-ho s'empra una metodologia qualitativa basada en entrevistes semiestructurades. Seguidament es fa una anàlisi que relacioni els casos d'implementació diferencial estudiats amb les característiques del seu model de gestió sanitària. Es finalitzarà el treball amb les pertinents conclusions.

2. Evolució del model sanitari 1986-2018

Aquest apartat es troba estructurat en 5 grans blocs. S'analitza com es configura l'accés a l'assistència sanitària abans i després del RD 16/2012, l'evolució històrica del model sanitari català i andalús i el seu finançament.

2.1. El SNS abans del RD 16/2012

Com es definia **l'accés a l'assistència sanitària pública** en el marc del SNS abans del RD? Un cop en democràcia i fins als nostres dies, la llei que vertebrava el SNS és la Llei General de Sanitat 1986 (LGS 1986). Segons la LGS, el **SNS** és un servei universal i gratuït i, per aquest motiu, ha de passar a finançar-se únicament mitjançant els **Pressupostos Generals de l'Estat** (Moreno, 2017:158) i no a través de la Seguretat Social com fins aquell moment. En paral·lel, i en el marc de la Constitució, el procés de transferència de competències sanitàries a les CCAA es va iniciar el 1981 i es va culminar el desembre de 2001 (Moreno, 2017: 154-155).

Catalunya assumeix la competència en sanitat el **1981** i **Andalusia** el **1984**, ambdues CCAA com a la resta se'ls transfereixen les estructures institucionals i organitzatives del sistema sanitari presents en els seus territoris, i també totes les regulacions i gestions annexes a elles, per tant originalment eren les mateixes (Gallego, et.al, 2016:3). Ara bé, tenint aquest mateix comú denominador, els governs autonòmics han desenvolupat les seves pròpies polítiques d'ingressos i despeses, les quals han permès desenvolupar polítiques de gestió pública que han donat lloc a diferents models de regulació i prestació de serveis (Gallego, et.al, 2018:135).

Del 2002 endavant es treballa en l'articulació de diversos instruments jurídics per avançar cap a una lògica de cohesió i clarificació de les funcions i responsabilitats entre els diferents nivells de governs. Per altra part, la LGS de 1986 ja contempla com a objectiu primordial la **universalització** a l'assistència sanitària. Aquest s'assoleix completament el 2000 amb la inclusió dels immigrants indocumentats³. Així doncs, la cobertura s'estén a totes les persones **residents** a Espanya, independentment de la seva situació respecte al

³ Mitjançant la Llei Orgànica sobre els drets i llibertats dels estrangers a Espanya 4/2000.

sistema de la Seguretat Social, del seu estatus legal o del seu nivell de renda (Moreno, 2017: 158).

2.2. El RD 16/2012

El RD introdueix 4 grans alteracions en el SNS, ara bé a efectes d'aquest treball el que interessa analitzar és la primera d'elles: **l'accés a l'assistència sanitària**⁴, la resta (fora menysprear-les) són mesures d'austeritat⁵.

Així doncs, parlant sobre l'accés, el RD romp el model universalista i es torna a la **lògica d'assegurament social**. El RD vincula explícitament el dret a l'assistència sanitària pública a la contribució econòmica a la SS⁶ (Gallo, Gené-Badia, 2015: 82). El que fa és reemplaçar el concepte de "ciudadania" i introduir-ne dos de nous, els quals són els subjectes afavorits: l' "assegurat" (aquella persona que cotitza en el sistema de la Seguretat Social) i "beneficiari" (conjugues i fills/es de persones assegurades menors de 26 anys) (Moreno, 2015: 283). Així per tant, queden **exclusos** els immigrants indocumentats⁷, els ciutadans d'altres països de la UE que no entren dins les categories "d'assegurat" o "beneficiari" i aquells espanyols que no gaudeixen ni de la condició de beneficiari ni d'assegurat (per exemple una persona amb un llindar d'ingressos superior a 100.000 € que no cotitzaven a la SS).

Ara sí, recuperant el que es deia a l'anterior apartat, aquest canvi introdueix la falsa idea que el SNS es finança a través de la SS quan no és així. A més, paradoxalment tots els

⁴ Capítol I del Reial Decret 16/2012

⁵ Les 3 mesures d'austeritat que estableix el Reial Decret 16/2012 són: redefinició i reducció de la cartera de serveis (Capítol II), redistribució dels costos per fer ús del servei recau en el consumidor/usuari d'aquest (Capítol IV) i la reducció dels salaris i condicions de treball en el sector, incloent-hi algunes milles en l'eficiència del sistema (Capítol III i V).

⁶ SS: Seguretat Social

⁷ Excepte els menors d'edat i dones embarassades

col·lectius que exclou el RD sí que contribueixen al finançament del SNS, a través dels impostos indirectes, però no tenen accés al servei.

En relació amb la **implementació** del RD, entrant ja en el si del treball, com ja s'ha avançat, aquesta fou **desigual** en les CCAA. Se'n diferencien **4 grups**:

TAULA 1: IMPLEMENTACIÓ DEL RD 16/2012

| NIVELL D'IMPLEMENTACIÓ | COMUNITATS AUTÒNOMES |
|--|--|
| Ignoren el RD 16/2012: segueixen atenent als immigrants indocumentats | <ul style="list-style-type: none"> - Andalusia - Astúries |
| Estableixen programes específics pels immigrants indocumentats sense recursos | <ul style="list-style-type: none"> - Aragó - País Basc - Canàries - Cantàbria - Catalunya - Extremadura - Galícia - Navarra - València |
| Estableixen algunes excepcions pels immigrants indocumentats | <ul style="list-style-type: none"> - Madrid - Balears - Castella i Lleó - Múrcia - La Rioja |
| Compliment estricte del RD 16/2012 | <ul style="list-style-type: none"> - Castella - La Manxa - Ceuta i Melilla⁸ |

Font: Elaboració pròpia a partir de Peralta-Gallego, et.al, 2018: 1156 i Moreno, F. 2015: 289

⁸ Aquestes dues ciutats són gestionades pel govern central, a través de l'INSALUD.

El 2016, **15 de les 17** CCAA intentaren d'alguna forma **pal·liar** les conseqüències del RD (Peralta-Gallego, et.al, 2018: 1556).

Cinc de les CCAA que es trobaven governades pel mateix partit polític que el govern central, el PP, dissenyaren vies administratives alternatives perquè els immigrants indocumentats fossin atesos pel sistema sanitari (Peralta-Gallego, et.al, 2018:1156).

Altres CCAA establiren **programes específics** per atendre als immigrants indocumentats, els quals, per poder accedir al servei havien de complir dos requisits:

- a) Demostrar que es troben en una situació econòmica vulnerable amb uns recursos insuficients (Gallego, et.al, 2018:1156).
- b) Període mínim de residència (aquest podria variar en funció del territori) (Ibídem, cit.).

El PP davant la creació de normes autonòmiques⁹ per part de les CCAA amb la finalitat de pal·liar o directament no aplicar el RD, sumat a la implementació desigual d'aquest, decidí recórrer al Tribunal Constitucional per avaluar la constitucionalitat de la norma. El 2017 el Tribunal Constitucional decretà la inconstitucionalitat de les normes autonòmiques i **l'obligatorietat de l'aplicació del RD**. Consegüentment les CCAA veuen minvades les possibilitats legals d'ampliar l'accés a l'assistència sanitària a qualsevol persona que no fossin els subjectes contemplats pel RD (l'assegurat i el beneficiari) (Peralta-Gallego, et.al, 2018:1157).

Finalment, esmentar que el 2018 el govern central (presidit pel PSOE) dictà el RD 7/2018, tornant a l'accés universal del SNS. L'existència d'aquest RD no fa trontollar el treball, ja que l'objectiu no se centra a esbrinar perquè un govern restringeix més l'accés a la

⁹ Com per exemple el Decret Llei 3/2015 (Comunitat Valenciana) i el Decret Llei 114/2012 (País Basc)

sanitat que un altre, sinó a què es deu que les CCAA adoptin estratègies d'implementació diferents respecte a una normativa del govern central.

2.3. El finançament del sistema sanitari a Catalunya i Andalusia

En principi els recursos per càpita disponibles per cada CCAA poden ser a priori un element que condicioni les decisions de política pública d'un govern. Per això, és interessant estudiar si s'hauria de tenir en compte com a variable dependent del desenvolupament del model sanitari.

En primer lloc, entre els anys **1999-2001** Catalunya rebia una mitja anual de 715 euros per càpita i Andalusia 700 (Gallego, et.al, 2018:140).

El 2001 es va establir un **acord de finançament** que dissenyava dues maneres d'obtenir ingressos. Per una part via **impostos**, ja sigui bé mitjançant els impostos cedits pel govern central als governs autonòmics¹⁰ o pels impostos propis, és a dir, aquells creats per la mateixa CCAA. Per l'altra el **fons de suficiència**, la distribució d'aquest fons es fa a través de les necessitats de despesa de cada CCAA, per fer el càlcul s'utilitzen una sèrie de variables i es combinen regles específiques de fons, garanties i modulació (Gallego, et.al, 2018:141).

Seguidament, el **2009** es va realitzar un **nou acord de finançament**, aquest incloïa 3 mètodes d'ingressos. El primer coincideix amb l'anterior acord, és a dir, **els impostos**. En segon lloc, el **mecanisme d'igualació**, format pel fons de garantia dels serveis públic bàsics (FGSPF), el qual té per objectiu que cada CCAA rebi el mateix nombre de recursos per càpita (ajustat) pels serveis essencials de l'Estat de Benestar (educació, salut i serveis

¹⁰ Els impostos cedits són: l'impost sobre el patrimoni, successions i donacions, sobre les transferències de capital, sobre el timbre, taxa sobre el joc del 33% de l'IRPF, 35% d'IVA, el 40% d'impostos especials (tabac, alcohol i hidrocarburs, sobre determinats transports, sobre electricitat i sobre les vendes minoristes de determinats hidrocarburs) (Gallego, et.al, 2018: 140).

socials) (Gallego, et.al, 2018:143). En tercer lloc, derivat dels canvis produïts en el model de finançament s'estableix els **fons d'ajustament del model**, mitjançant la negociació política, el seu objectiu implícit és mantenir *l'status quo*, (Ibídem, cit.).

Catalunya ha pres un paper més actiu en la creació d'impostos propis que Andalusia. El 88% dels seus recursos provenen dels impostos, en canvi Andalusia tan sols el 55% (Gallego, et.al, 2018:141). Pel que fa als dos acords de finançament, per una part el model del 2001 sempre proporciona més recursos per càpita a Andalusia que a Catalunya (Ibídem, cit.143). Ara bé, la truita es gira amb el model del 2009, on els ingressos per càpita d'Andalusia són inferiors als de Catalunya (Ibídem, cit.:143). Al final ambdues CCAA mostren tenir un volum de recursos per habitant similar en l'àmbit de la salut (Ibídem, cit.:147).

Així doncs, via finançament territorial i per càpita **no hi ha gaire diferència** entre les dues CCAA. Per tant, el que és realment rellevant és la **capacitat** de cada CCAA de **crear recursos addicionals**, a través dels impostos propis. No es tindrà en compte com una variable dependent.

2.4. El model sanitari català

El 1981, el govern espanyol cedí al govern català tots els proveïdors públics (que representaven més del 90% dels proveïdors d'atenció primària i un terç dels llits d'hospital a Catalunya presents en el territori català). Tots ells estaven integrats a l'INSALUD un cop transferits, foren inclosos en l'Institut Català de la Salut (ICS), creat el 1983. L'ICS era una única persona jurídica i operava sota un model de provisió pública directa¹¹ (Gallego, et.al, 2016:7).

¹¹ Un únic proveïdors amb més de 35000 treballadors, la majoria d'ells funcionaris públics (Gallego, et.al, 2016:7).

Per tal de poder cobrir tota la població, calia ampliar els recursos per a la prestació dels serveis sanitaris. Per a fer-ho, el govern català va optar per combinar aquesta part de prestació pública directa (l'ICS) amb la creació d'una xarxa de proveïdors contractats pel propi ICS (hospitals privats i alguns de públics no-ICS que ja existien sobre el territori). En aquesta part del sistema sanitari, la prestació és pública, és a dir, finançada amb fons públics, però combina la **prestació directa** (assignació pressupostària a l'ICS) amb la **indirecta** (hospitals **finançats amb fons públics via contractació privada**) (Gallego, et.al, 2016:7) .

El 1990 es va dictar la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) introduint modificacions en el model. Per una part **l'ICS va perdre la funció de compres/contractació** que havia tingut en relació amb la xarxa de proveïdors contractats; i conservaria només el rol de proveïdor. Per altra part, les funcions compra/contractació són assignades a una nova autoritat sanitària, el **Servei Català de la Salut (SCS)**, la qual treballa sota una lògica i marc jurídic de **gestió privada** (Gallego, et.al, 2018:150). Conseqüència d'això fou que l'ICS va quedar com un exemplar aïllat de provisió pública i directa, especialment respecte a les relacions laborals (la majoria funcionaris públics) i els mecanismes de finançament que rebia (el que la Generalitat li assignava via pressupostos) (Gallego, et.al, 2018:150).

Els següents anys s'establí un debat entre polítics, professionals sanitaris i gerents al voltant de la necessitat de **modernitzar** la gestió de l'ICS i **reformular** la seva naturalesa jurídica. No obstant això, hi havia **4 obstacles principals** (3 d'ells *veto players* fonamentals):

1. **Legal:** la dificultat per canviar la forma jurídica de l'ICS (passar d'un cos de gestió de la Seguretat Social a una empresa pública o un organisme autònom) (Gallego, et.al, 2018: 151).

2. **Ministre d'Economia i Finances:** CiU s'oposava a un model de gestió que impliqués un control econòmic i financer ex post (Ibídem, cit.).
3. **Sindicats:** forta oposició si el model implicava un canvi en l'estatus dels treballadors (perdre la condició d'empleat públic) (Ibídem, cit.).
4. **La Unió Catalan d'Hospitals¹² i el Consistori d'Hospitals de Catalunya¹³:** clara preferència perquè l'ICS es gestionés mitjançant el model de contractes, és a dir, que operés dins un marc de dret privat (Gallego, et.al, 2016: 9).

Les eleccions autonòmiques del **2003**, després de 23 anys, produeixen el primer **gir ideològic** en el govern català. CiU, partit nacionalista de centra dreta, deixa de governar. En el Parlament català es forma una majoria absoluta a través d'una coalició de centre esquerra-nacionalista, formada pel PSC, ERC i ICV. Aquest nou govern, conegut popularment com el tripartit, tenia la voluntat explícita de **reforçar la política sanitària**. En aquest sentit, la Consellera de salut (Marina Geli, PSC) va anunciar l'elaboració de tres lleis: el Decret dels governs territorial de salut¹⁴, la Llei de Salut Pública¹⁵ i la Llei d'ICS¹⁶.

A efectes de gestió sanitària interessa veure el que va introduir de nou la **Llei de l'ICS**. Aquesta va transformar l'ICS en una **empresa pública** i inserir els següents canvis:

- **Unitat organitzativa:** empresa pública unitària, les seves unitats proveïdores (hospitals i centres d'atenció primària) no tenen personalitat jurídica independent (Gallego, et.al, 2018: 152).

¹² La Unió Catalana d'Hospitals representa els interessos dels proveïdors privats, és a dir, dels proveïdors que hi ha en el model de contractes (Gallego, et.al, 2016: 9).

¹³ El Consistori d'Hospitals Català representa els interessos dels ajuntaments locals que tenen responsabilitats de gestió amb els proveïdors de salut contractats (Gallego, et.al, 2016: 9).

¹⁴ Aprovada al 2006

¹⁵ Aprovada al 2009

¹⁶ Aprovada al 2007

- **Auditoria:** permanent amb el Ministeri d'economia i finances català (Ibídem, cit.)
- **Economia:** major autonomia financera i comptable (ara bé menor de la qual gaudeixen les empreses públiques) (Ibídem, cit.).
- **Treballadors:** continuen en la condició d'empleat públic, però es permet que en determinades circumstàncies es contracti a nou personal fora oferir-los la condició de funcionaris (Ibídem, cit.).

El **2010** es produeix un altre **gir ideològic**, CiU torna a guanyar les eleccions catalanes recuperant la presidència de la Generalitat. Boi Ruiz, procedent de la Unió Catalana d'Hospitals, fou designat Conseller de Salut. Amb el suport del PP en el Parlament, introduïren dues grans modificacions a la llei de l'ICS. Per una part, **major autonomia a l'ICS per contractar** amb empreses sanitàries privades i la possibilitat **d'ampliar els contractes de treball** sense basar-se en les condicions d'empleat públic (Gallego, et.al, 2018:152).

2.5. El model sanitari andalús

Des del principi fins a gairebé avui dia el model sanitari andalús no ha divergit molt de l'heretat pel govern central, tractant-se d'un model d'assistència sanitària **directa, públic, jeràrquic** i integrat en una **sola organització**.

El govern andalús centralitza tot el sistema sanitari exclusivament en una organització: el **Sistema Andalus de Salut (SAS)**, el qual es troba sota la jurisdicció de la **Conselleria de Salut d'Andalusia** (Gallego, et.al, 2016:11). El SAS seria l'equivalent a l'ICS, era una organització autònoma, la funció de la qual era dur a terme la planificació, contractació i portar tota la burocràcia de la prestació dels serveis de salut en els àmbits d'atenció primària i hospitalària (Gallego, et.al, 2016:11).

Des de les primeres eleccions generals, fins el 2018 que es va produir un gir ideològic, el PSOE va governar, dirigint així la política econòmica i social del territori. Andalusia a diferència de Catalunya els seus *veto players* són més **dèbils**, els actors privats en matèria sanitària eren quasi inexistents, excepció d'algunes entitats religioses que sí que ofereixen el servei (Gallego, et.al, 2018:152). A aquests s'hi ha de sumar les veus contràries que hi podien haver en el Parlament i als professionals sanitaris. Ara bé, s'ha de puntualitzar que tots els actors polítics perceben que la política sanitària és una de les polítiques de més influència sobre l'electorat, convertint-se en un **element d'identitat territorial** (Gallego, et.al, 2016: 15).

Les majors crítiques al sistema sanitari eren respecte a la **ineficiència** del model directe i públic, aquestes però seguien la mateixa tònica que la resta de CCAA. La Llei de Salut d'Andalusia de 1998 establia les bases d'una possible separació en el futur de les funcions del Departament de Salut i del SAS. Com també una sèrie de propostes d'estratègia de gestió clínica i administrativa. Però al llarg dels anys **no es va produir cap reforma** en aquest sentit fins a l'inici de la dècada del 2000 (Gallego, et.al, 2018:153).

El canvi que es va produir cercava **millorar l'estructura** de subministrament del servei sanitari amb una única exigència: coexistir amb el SAS. Així doncs, el PSOE decidí crear una xarxa descentralitzada d'hospitals, els quals havien de tenir l'estatus legal d'empresa pública. Aquest nou instrument s'anomenà **CHARES** l'objectiu d'aquests hospitals, més petits que els del SAS, era **millorar l'accés i l'eficiència del sistema sanitari** (Gallego, et.al, 2016:12).

Aquest canvi no comptà amb actors molt forts que s'hi oposaren. Es tractava més d'una reforma "formal" per donar resposta a les pressions específiques de millora del servei. Així doncs, els **sindicats no s'oposaren** al canvi, ja que aquest continuava amb les

mateixes regles i institucions (els treballadors mantenen la categoria d'empleat públic); i alhora fomentava la creació de nous llocs de treball (Gallego, et.al, 2016:14).

A diferència de la reforma de l'ICS, els CHARES foren vists com una oportunitat per reforçar i complementar el model d'assistència sanitària ja existent; i amb una voluntat política de rerefons: voler demostrar que la **gestió sanitària privada no és més eficient que la pública** (Gallego, et.al, 2016:13).

3. Metodologia

En primer lloc, la **pregunta de recerca** és: Quins **factors** han influït en la implementació diferencial del RD 16/2012 a les 2 CCAA seleccionades? És a dir entendre com **reaccionen** el govern català i andalús davant l'obligatorietat jurídica d'aplicar el RD dictat pel govern espanyol i el **perquè** de les seves mesures.

Andalusia ha optat per un model sanitari molt més prosistema públic. Catalunya en canvi s'emmarca dintre d'una lògica de gestió més pro mercat, un sistema sanitari mixt que agrupa recursos sanitaris tant públics com privats en una sola xarxa de provisió finançada públicament. A més s'ha de tenir en compte que els partits de govern que hi ha a cada CCAA en el moment d'aplicar el RD coincideixen amb els que hi havia durant la creació de cada sistema sanitari, CiU en el cas català i PSOE a Andalusia.

Per tant, partim de la hipòtesi que el *path dependence* tindrà un pes important a l'hora d'explicar perquè aquestes CCAA van reaccionar de forma diferent davant el RD.

Així doncs les hipòtesis que s'estableixen són:

- **Catalunya:** hauria d'**implementar de forma immediata i literal** el RD del govern central, perquè aquest **no contradiu** la trajectòria de les polítiques

sanitàries que s'han dut a terme. A més a més, el govern de CiU ja havia plantejat establir algunes restriccions pels immigrants indocumentats.

- **Andalusia:** hauria d'**oposar-se completament** i inclús **desafiar** el RD. Perquè aquest **sí que contradiu** totalment la trajectòria del model sanitari andalús, desplegat sota el govern del PSOE durant tots aquests anys. Aquest amb una lògica de gestió més pública que el català entén que aquest canvi a l'accés a l'assistència sanitària contradiu l'essència pròpia del seu sistema.

Pel que fa a les variables, aquestes es divideixen en dos grans grups: independents i dependents. Les variables independents són: **model sanitari desenvolupat per les CCAA i ideologia del partit del govern**. La variable dependent és la **reacció** de les CCAA davant el RD (oposar-se o no). Alhora s'han de tenir en compte una sèrie de variables contextuais que són comunes per ambdues CCAA: crisi econòmica i competència sanitària.

La primera variable independent, el model sanitari desplegat per la CCAA, es considera com una variable estructural, el que segons la literatura produeix *path-dependence*. Aquesta és diferent a cada CCAA, perquè el seu sistema sanitari depèn de la política que hagi desenvolupat cada govern autonòmic. Aquesta variable ha servit de base per fixar **les hipòtesis**: els canvis de *policy* que un govern vulgui fer es veuran condicionats pel seu *path-dependence* (en termes de model sanitari i polítiques de salut desenvolupades).

Per altra part cal explicar en deteniment la complexitat de la **variable dependent**. Aquesta és la **reacció dels dos governs autonòmics**, és a dir, si estan d'acord o no amb el RD; i per tant si l'implementen o si s'oposen. Per fer-ho s'analitzaran les següents dimensions de la política: **discursiva, substantiva i operativa**.

Aquestes dimensions són pròpies de tota política pública. És important analitzar-les en conjunt, ja que si únicament s'estudia una, obviant les demés, el resultat podria ser un anàlisi esbiaixat de la implementació del RD. Perquè tal vegada en una dimensió el govern s'oposa a la implementació del RD, però analitzant una altra no.

La metodologia emprada seran entrevistes semi-estructurades a professionals de la salut de cada sistema i consultar la literatura existent.

4. Estudi de cas

A partir de l'anàlisi de les entrevistes s'extreuen 4 **elements**. Aquests serviran per explicar comparativament com es va dur a terme la implementació del RD 16/2012 a Catalunya i Andalusia: **reacció dels professionals sanitaris, reacció dels govern autonòmics, la implementació, els problemes que es trobaren els professionals sanitaris i les conseqüències.**

4.1. Reacció dels professionals sanitaris

L'opinió majoritària dels professionals sanitaris fou el **rebuig i l'oposició** total al RD¹⁷, principalment perquè les modificacions introduïdes suposaven un canvi estructural del sistema sanitari i afectava negativament a l'ètica professional. Pel que fa al primer motiu, com ja s'ha explicat, es canvia una de les característiques definidores del SNS limitant l'accessibilitat a l'assistència sanitària a totes aquelles persones que no cotitzen (dins aquest grup es troben col·lectius vulnerables que moltes vegades treballen en negre com els immigrants indocumentats; o persones que no tenien cotització prèvia, gent en situació de dependència, etc.). El deixar d'atendre a aquests col·lectius per a molts de sanitaris

¹⁷ La següent cita reforça aquesta idea: "L'associació espanyola de medicina comunitària va recollir aquest malestar en forma de carta, convertint-se en objectors de consciència. Aquesta actuació no tingué un gran impacte, però sí una incidència testimonial, ja que es convertiren en objectors de consciència" (Entrevista 1 Gené, 2017).

suposava un **conflicte** entre l'ètica professional i el que dictava la norma. La majoria de les persones desateses no tenien una alternativa, econòmicament no podien fer-se càrrec de les despeses de la sanitat privada ni del copagament de medicaments. A part d'això, l'acompanyament de les mesures d'austeritat provocaren la disminució de la qualitat del servei.

4.2. Reacció dels governs autonòmics

Pel que fa al segon ítem, serà analitzat des de la dimensió **discursiva** i des de la **substantiva**. Pel que fa a la part discursiva, ambdós governs es posicionaren en contra de la mesura. Però cal aprofundir una mica, ja que sí és cert que el govern català mostrà davant als mitjans de comunicació i de la societat catalana, el seu rebuig. Mesos abans, plantejava aplicar mesures restrictives en aquest mateix àmbit¹⁸. A què es deuria aquest canvi? Podria ser per tenir un element directe més de confrontació amb el govern central; o un gir ideològic a favor de la universalitat de l'accés a la sanitat pública? Hipòtesis que es desvien del treball, així que tornem en aquest.

Per altra banda, la Junta d'Andalusia també mostrà el seu rebuig, concretament la consellera de Salut i Benestar Social, M^a Jesús Montero, acusava al govern central de ser covard perquè darrera de la norma hi havia la voluntat explícita de voler excloure als immigrants del sistema sanitari¹⁹.

¹⁸ Quan el govern del PP (govern central) va fer pública la seva voluntat de restringir l'accés dels immigrants indocumentats al sistema sanitari públic, el mateix govern català que uns mesos abans havia plantejat la possibilitat d'aplicar mesures restrictives en aquest àmbit es va desmarcar obertament de la iniciativa promoguda pel Govern central i anuncià la seva intenció de continuar atenent a aquest col·lectiu (Moreno, 2015: 292).

¹⁹ Així ho corroboren les declaracions fetes per la consellera als periodistes de Córdoba el 10/05/2012: “*si no se pretendía dejar sin asistencia sanitaria a los inmigrantes o se pretendía dar cobertura a todo el mundo estuviera asegurado o no, ¿por qué se dice y se cambia al concepto de serán titulares del derecho a la pensión sanitaria solamente los cotizantes a la seguridad social?*” (EUROPA PRESS, 2012).

Respecte a la part substantiva, les CCAA tenen diferents instruments jurídics (recursos d'inconstitucionalitat al TC, normativa autonòmica, etc.) per poder combatre aquelles normes del govern central que considerin que no són coherents amb l'ordre jurídic. Així doncs, Catalunya i Andalusia decidiren actuar de forma diferenciada. Per una part, el govern català no fou fins el 2015 que decidí aprovar la **Instrucció 08/2015**, com a mesura de confrontació al RD 16/2012. Aquesta Instrucció permetia l'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública als centres sanitaris a totes aquelles persones que, no tenint la condició d'assegurat o beneficiari, sí compleixin els requisits de residència efectiva i continuada i dels recursos econòmics. En canvi, la **Junta d'Andalusia**, dos mesos després de l'entrada en vigor del RD 16/2012, va decidir interposar un **recurs d'inconstitucionalitat** al TC en relació a 3 preceptes en concret²⁰ (únicament s'explicarà el primer, ja que els dos darrers apel·len a una infracció competencial per part del govern central de l'Estatut d'Autonomia d'Andalusia²¹):

El govern andalús considera que la modificació de la regulació jurídica de la condició d'assegurat (art.1.1 i 4) és inconstitucional: apel·len que la conseqüència d'aquesta modificació és la **desaparició dels drets a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària** contemplats a l'art. 43 CE²². Entenen que a través d'aquest article es constitucionalitza *“el dret a un conjunt de serveis i cures mèdic-sanitàries, fonamentats en la constitucionalització de l'Estat social i del mandat contingut en l'art. 9.2 CE, perquè mitjançant l'assistència sanitària pública es garanteix que l'individu pugui*

²⁰ Recurs d'inconstitucionalitat 4585-2012. Interposat pel Consell de Govern de la Junta d'Andalusia en relació a diversos preceptes del Real Decret-llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions, en relació als articles 1.1 i 2, 4.1 i 4, i 10.4 i 5.

²¹ Règim de prescripció de medicaments i productes sanitaris (art. 4.1 i 4). L'acció social destinada al personal estatutari dels serveis públics de salut (art. 10.4 i 5).

²² Article 43 CE: 1. Es reconeix el dret a la protecció de la salut. 2. Correspon als poders públics organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i a través de les prestacions i dels serveis necessaris. La llei establirà els drets i els deures de tothom en aquest punt. 3. Els poders públics fomentaran l'educació sanitària, l'educació física i l'esport. Facilitaran també la utilització adequada del lleure.

desenvolupar-se lliure i dignament dins d'una comunitat social” (Sentència 33/2017, 2017).

4.3. Implementació i problemes que es trobaven els professionals sanitaris

Aquest apartat pretén donar una visió de la **implementació** de les dues CCAA des de dintre del seu sistema sanitari, tan operativament com substantivament. Primerament, en el cas català el discurs de rebuig i no aplicació del RD 16/2012 **no es va traslladar** al CatSalut²³. En canvi a Andalusia no es va donar l'ordre d'**aplicar** als centres proveïdors la modificació respecte als subjectes que tenen dret a l'accés a l'assistència sanitària pública. Així ho recolza la següent cita: *“Les indicacions als centres proveïdors foren que Andalusia no es posava en marxa el RD”* (Entrevista 2 Cerdà, 2017). Pel que fa als professionals sanitaris catalans, no reberen **cap formació ni informació prèvia** de com introduir els nous canvis proposats pel RD. El que realment succeïa era una privació automàtica del servei. Per exemple, determinats pacients que rebien tractaments o estaven pendents d'algun diagnòstic i el RD els exclouia sortien perjudicats, ja que d'un dia per l'altre se'ls desposseïa d'aquests serveis. No obstant això, és cert que la norma tenia alguns errors, i aquests foren aprofitats pels sanitaris per seguir atenent a la població²⁴. Ara bé, pels estrangers i immigrants indocumentats era molt difícil trobar alguna llacuna. Seguint amb el cas català, posarem dos exemples més que demostrin que la implementació fou automàtica. El primer respecte als centres coberts pel **CatSalut**, als

²³ El Departament de Salut elabora les polítiques i la planificació de la salut i el Servei Català de la Salut té la missió de garantir que els serveis de cobertura pública arribin efectivament i amb qualitat a la població (Generalitat de Catalunya gencat.cat, 2018)

²⁴ Uns mesos més tard del RD 16/2012 es va aprovar el RD 1192/2012, el qual regulava de forma més concreta la condició “d'assegurats” i aquelles persones que es considerarien “beneficiàries”. A més, establia el màxim de 100.000 euros d'ingressos anuals per redefinir el llindar d'accés dels espanyols no cotitzant a la SS (o dependents d'un assegurat) a les prestacions del SNS (Moreno, 2015: 283). Per tant fins l'aprovació del RD 1192/2012, el personal sanitari podia atendre a determinades persones que no es deduïa de forma implícita del RD 16/2012 que fossin excloses de l'assistència sanitària.

quals se'ls hi assigna un pressupost X, que no contempla atendre a les persones excloses pel RD. Per tant, si s'atenia a aquest col·lectiu, hi havia dues conseqüències:

1. Era un **servei no remunerat** pel personal sanitari
2. L'administrador del centre sabia que els diners destinats a aquest servei **no es recuperarien**

Doncs, realment es pot observar que en realitat els **centres proveïdors catalans** no gaudeixen d'una autonomia real, i menys econòmica. El segon exemple fou la retirada o directament la no emissió de les **targetes sanitàries**. Encara que els centres d'assistència primària intentessin tramitar les targetes a aquests col·lectius, l'aparell administratiu del CatSalut els hi negava.

Pel que fa a Andalusia, les situacions de Catalunya, retirada de targetes o pacients privats d'un dia per l'altre dels serveis sanitaris, no es reproduïren. El que va succeir és que els sanitaris andalusos catalogaren les mesures del govern andalus com a **contradictòries**. Per una part, és cert que la no implementació de la condició d'assegurat fou rebuda positivament pel sector. No obstant això, la Junta d'Andalusia utilitza el RD 16/2012 per aplicar **polítiques d'austeritat** en el sector sanitari provocant un deteriorament en la qualitat del servei. Les següents cites reforcen aquesta idea: *“hi va haver un 9'6% menys de professionals en el servei andalus de la salut, concretament 5791 professionals menys [...] la gent que es jubilava no s'incorporava a ningú, [...] a l'escola andalusa pública treballem amb diferents projectes amb immigrants, tenim una postura clara respecte a la seva atenció sanitària, però la junta decideix retallar-nos el pressupost”* (Entrevista 2 Cerdà, 2017).

Per acabar aquest apartat, cal esmentar que la mesura de l'any 2015 per part del govern català (Instrucció 08/2015) va ser considerada **insuficient** pels professionals sanitaris

catalans. Aquesta tan sols permetia el dret d'accés en dos supòsits: d'urgència i d'atenció primària, és a dir, el primer nivell d'atenció sanitària, excloent els altres²⁵. Aquest fet és alarmant, perquè no podien ser visitats o diagnosticats per especialistes (cardiòlegs) o hospitalitzats (en règim intern, quirúrgiques).

4.4. Conseqüències

Des del punt de vista sanitari, les **conseqüències** del RD són compartides per les dues CCAA:

- Increment de la mortalitat (les persones excloses deixaven de rebre els tractaments, moltes vegades eren col·lectius en risc d'exclusió social i d'una posició socioeconòmica baixa que no podien permetre's la sanitat privada).
- Augment de les malalties infeccioses: no tan sols entre els col·lectius exclosos, sinó a la població general. És una roda si aquestes persones no s'atenen, segueixen tenint les malalties, és més probable que siguin transmeses. Les següents cites reforcen aquesta idea: “ *Si no es deixa entrar als immigrants al sistema, l'efecte no és únicament per a ells, sinó també per la resta de la població[...] ja que hi ha més sida, més hepatitis[...] al carrer i s'acaba transmetent més ràpidament*” (Entrevista 1 Gené, 2017).
- No s'han revertit les mesures d'austeritat:
 - Reducció salarial

²⁵ Es defineixen tres nivells d'atenció sanitària en funció dels recursos i de les necessitats de la població. El primer nivell és la porta d'entrada al sistema de salut, són aquelles necessitats d'atenció bàsica més freqüents que poden ser resoltes per activitats de promoció de salut, prevenció de la malaltia o altres procediments de recuperació i rehabilitació. El segon nivell són els serveis relacionats amb l'atenció en medicina interna (pediatria, cirurgia general, gineco-obstetrícia i psiquiatria). Entre el primer i el segon nivell es poden resoldre el 95% dels problemes de salut. El darrer nivell es refereix a l'atenció de patologies complexes que requereixen procediments especialitzats i d'alta tecnologia (Vignolo, J. et.al, 2011: 8).

- Reducció de personal sanitari
 - Exclusió de més de 400 medicaments del sistema
- En el cas català, el desembre del 2018 es va convocar una vaga dels metges catalans.
 - La societat civil envers a les polítiques dels governs: *“el rebuig per part de la societat civil és molt important tenir-los en compte com element de pressió”* (Entrevista 2 Cerdà, 2017).
 - Tot i l'aprovació del RD 9/2017 en el qual es retorna a la universalitat de l'accés sanitari públic, a la pràctica no s'ha revertit del tot la situació anterior.

Per concloure aquest apartat, s'adjunta la següent taula. La seva finalitat és una major comprensió de tot el que s'ha exposat. A més, recull els aspectes més importants de les dues CCAA. Posant en relació les tres dimensions (discursiva, substantiva i operativa) amb la modificació de la condició d'assegurat per accedir a l'atenció sanitària.

TAULA 2: RESUM IMPLEMENTACIÓ

| | CATALUNYA | ANDALUSIA |
|--------------------|--|--|
| DISCURSIVA | - Oposició al RD 16/2012 | - Oposició al RD 16/2012 |
| SUBSTANTIVA | -Aplicabilitat del RD -No informació als sanitaris respecte al canvi en l'accés. - Retirada de les targetes sanitàries i la no creació de noves - Instrucció 08/2015 | -No aplicabilitat del RD -No s'informa als sanitaris respecte al canvi en l'accés. -No es produeix la retirada de targetes sanitàries ni tampoc es nega la creació d'elles |

| | | |
|------------------|--|---|
| | | -Recurs d'inconstitucionalitat al TC |
| OPERATIVA | -Implementació total del RD: 1) Canvi en l'accés a l'assistència sanitària 2) Aplicació polítiques d'austeritat | -Implementació parcial del RD: 1) No aplicació de la condició d'assegurat i beneficiari per accedir a l'accés a l'assistència sanitària 2) Aplicació polítiques d'austeritat |

Font: Elaboració pròpia

5. Anàlisi i discussió

Recuperant la pregunta de recerca: Quins factors han influït en la implementació diferent per part de les CCAA del RD 16/2012? La hipòtesi que es planteja és que les característiques pròpies del model sanitari que cada CCAA ha anat construint durant els darrers 30 anys (*path-dependency*) són un **element clau** per entendre la posició que adopta cada una.

Així doncs, d'acord amb el marc teòric hi havia una probabilitat elevada que el govern català implementés efectivament el RD 16/2012, perquè aquest coincidia amb la política que havia anat aplicant. Tanmateix, això **no es deu a una decisió inevitable** fruit del seu recorregut històric (interpretació determinista del *path dependence*), sinó que aquesta decisió s'adequa a les **bases ideològiques** (lògica de gestió privada) sobre les que s'ha construït el model sanitari de forma quasi ininterrompuda des de 1980. En el moment de l'aprovació del RD 16/2012, CiU havia tornat al govern després del parèntesi del tripartit PSC-ER-IIU (2003-2010) i no es pot contrastar què hagués passat si un altre partit hagués estat en el govern, és a dir, si malgrat conservar les característiques estructurals del model,

la variable ideològica hagués estat diferent. El govern català abans del RD 16/2012 ja havia aplicat reduccions salarials i de personal sanitari, a més a més, d'haver pensat en mesures per restringir a determinats col·lectius l'accés a l'assistència sanitària. Ara bé, un cop aprovat el RD què succeeix? Pel que fa a la dimensió substantiva i operativa sí que es compleix la hipòtesi, els centres proveïdors de salut apliquen la mesura, veient l'exclusió del sistema sanitari als immigrants indocumentats i totes aquelles persones que no posseeixen la condició d'assegurat o beneficiari. Pel que fa a la dimensió discursiva la hipòtesi no es compleix, el govern català, governat per CiU, es manifesta clarament en contra de la mesura. La seva oposició probablement no es deu tant pel desacord en la política (ja que l'acaben aplicant), sinó per un motiu de context. Concretament era convenient reforçar la idea d'una oposició oferta al govern central per reforçar altres àmbits sectorials i d'actuació política.

Pel que fa al cas Andalus, d'acord amb la hipòtesi la Junta d'Andalusia no hauria d'implementar el RD, ja que aquest és totalment oposat a la seva *path dependence*: un model d'assistència sanitària directa, públic, jeràrquic i integrat en una sola organització. L'únic canvi al llarg dels 30 anys fou la introducció dels CHARES, però igualment el seu estatus legal i la seva lògica d'actuació és d'empresa pública. Aquí el que ens trobem és una confirmació parcial de la hipòtesi. És a dir, sí que és cert que les tres dimensions analitzades s'oposen a la modificació introduïda pel RD respecte a la condició d'assegurat, la qual és l'objecte del treball, confirmant així la hipòtesi. A més, pel que fa a la dimensió discursiva sí que es compleix la hipòtesi, alhora és intuïtiu pensar que la junta d'Andalusia, presidida pel PSOE, s'oposaria a una política encapçalada pel PP, per confrontació directa en l'espai electoral. Ara bé, respecte a l'altre paquet de mesures del RD: reducció de salaris i condicions de treball, recursos, etc.; sí que són aplicades per la

Junta d'Andalusia. Abans del RD ja s'havien aplicat polítiques en aquest sentit, però el 2012 es justifica la implementació d'aquestes amb el RD.

6. Conclusió

El punt de partida del treball era investigar sobre quins factors han influït en la implementació desigual per part de les CCAA del RD 16/2012. Per fer-ho es parteix de la hipòtesi que els models sanitaris desenvolupats són un element estructural per entendre la reacció dels governs autonòmics, ja que reflecteixen posicionaments ideològics diferents en relació al rol i característiques del sector públic. Per aquest motiu Catalunya i Andalusia han estat les dues CCAA escollides, ja que ambdues han creat sistemes sanitaris diferents. Així ho corrobora la literatura aportada en el treball. Catalunya es caracteritza per un sistema amb una lògica de gestió privada. En canvi, Andalusia un model d'assistència sanitària directa i públic.

Per verificar si la hipòtesi és correcta o no, s'ha d'analitzar la implementació feta per cada CCAA a través de 3 ítems. Primerament de la dimensió discursiva s'observa que la hipòtesi és incorrecta, ja que ambdós governs s'oposen al RD. Inclús Catalunya que es caracteritza per una gestió privada; i per tant, concordaria més amb la lògica del RD que no pas Andalusia. No obstant això, la hipòtesi s'acaba verificant perquè a l'àmbit substantiu i operatiu, Catalunya sí que implementa la condició d'assegurat en l'accés a l'assistència sanitària i Andalusia no. Ara bé, ambdues CCAA sí que empren el RD per seguir aplicant polítiques d'austeritat com ja venien fent. Recalcar que per analitzar la implementació feta per les CCAA és necessari fer-ho des d'un punt de vista discursiu, substantiu i operatiu, si no crearia un biaix.

Així doncs, quant a les implicacions pràctiques i teòriques del treball, es pot extreure que tot canvi i decisió d'una política pública del govern central, a l'hora d'introduir-la en el

sistema autonòmic ha de tenir en compte la seva *path-dependency*. És a dir les característiques pròpies del servei on es destini la política pública i l'evolució històrica d'aquest. Ara bé, el *path-dependence* no implica determinisme. Una cosa és que hi hagi una coherència entre el model desenvolupat i la implementació ràpida o no del RD. Però l'altra és dir independentment del partit polític que governi a la CCAA, el RD s'implementarà o no en funció del model desplegat. Aquesta premissa és excessivament valenta, ja que no depèn del model el fet d'acceptar als immigrants en el sistema, sinó d'una decisió ideològica.

Pel que fa a limitacions pràctiques del treball, hauria sigut interessant introduir a l'anàlisi la perspectiva de la societat civil respecte a aquesta mesura. És a dir, evidenciar mitjançant experiències personals concretes, sobretot d'aquells col·lectius que quedaren exclosos per la norma, dels obstacles i impediments que es trobaren per accedir a l'assistència sanitària. D'aquesta forma, s'aconseguiria un aprofundiment més concret i acurat de les conseqüències directes del RD sobre la població afectada.

Per a futures vies d'investigació es podria constatar si la hipòtesi verificada en aquest treball també es compleix a les altres CCAA. És a dir, tots aquells models de gestió sanitària de caràcter públic i directe responen al RD igual que Andalusia i els sistemes amb una idiosincràsia més privada actuen de la mateixa forma que Catalunya. En cas que no succeís, s'hauria d'analitzar quines han estat les variables decisòries perquè la CCAA actués contràriament a la hipòtesi. Per altra banda, s'han analitzat dues CCAA governades per partits diferents del govern central, Catalunya, CiU; i Andalusia, PSOE. És lògic pensar que ambdós partits polítics s'oposaran a una política que provingui del PP. Seria interessant analitzar aquelles CCAA governades pel PP que decidiren no implementar el RD, com és el cas valencià. En aquest cas la nostra hipòtesi també seria útil per la Comunitat Valenciana?

Finalment, s'ha pogut observar que aquelles polítiques dictades pel govern central que modifiquen aspectes essencials sobre competències transferides a les CCAA creen tensió entre els diferents ens polítics. Segurament perquè la descentralització de les competències cap a les CCAA ha sigut un èxit, el que no ha estat tant és l'articulació d'instruments jurídics verticals o horitzontals entre el govern central i els autonòmics. Aquests instruments són necessaris per aconseguir una lògica de cohesió, ja que no pot ser que en una CCAA sí que es tingui accés a l'assistència sanitària i una altra no. Crea desigualtats injustificades entre la població. També s'hauria de debatre si el RD és la figura correcta per canviar un aspecte tan fonamental del SNS com és l'accés a l'assistència sanitària.

7. Bibliografia

Abellán, A., Barbulescu, R., Bermúdez, A.. et.al (2015), Chula, E. (ed) “Evidencias y reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la sanidad” & “Precarización y vulnerabilidad de la población inmigrante en la España en crisis. El papel del Estado de Bienestar” *Un balance social de la crisis, Panorama Social* n°22, pp. 79-92 & 139-151. Funcas.

España. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y Seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, 24 de abril de 2012, núm. 98.

España. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 30 de julio de 2018, núm. 183, pp. 76258 a 76264.

Gallego, R. (2000) "Introducing purchaser/provider separation in the Catalan Health Administration: a budget analysis". *Public Administration Vol.78 No. 2* 423-442.

Gallego, R., Barbieri, N., Gispert, C. de, González, S. y Vilalta, M. (2018) "Constraints on Political Autonomy in decentralized Spain? Analysing the Impact of territorial financing and governments ideology on Regional Policy-Making". *Revista de Estudios Políticos*, 180, 131-162.

Gallego, R., Barbieri, N., González, S. (2016) "Explaining cross-regional policy variation in public sector reform: Institutions and change actors in the health sector in Spain". *Public Policy and Administration*, 0 (0) 1-21.

Gallego, R., Gomà, R., Subirats, J., et.al (2003), Gallego, R., Gomà R., Subirats, J. (ed.) *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*. Madrid. Editorial Tecnos (grupo Anaya, SA).

Gallego, R., Subirats, J. (2012) "Spanish and Regional Welfare Systems: Policy Innovations and Multi-level Governance" *Regional and Federal Studies Vol. 22, No* 269-288.

Gallo, P., Gené-Badia, J. (2013) "Cuts drive health system reforms in Spain". *Health Policy* 113 1-7.

Moreno, F (2004). *Políticas Sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa*, Madrid.

Moreno, F. (2015) "El puzzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España" *Anuario de la Inmigración en España 2014 Edición 2015*, pp. 278-299.

Moreno, F. (2017) “Retos para el sistema nacional de salud en la salida de la crisis” *Los retos del estado del bienestar ante las nuevas desigualdades*. Zaragoza. Fundación Manuel Giménez Abad de Estudios Parlamentarios y del Estado Autonómico.

Morero, A., Ballesteros, A. (2014) “Las consecuencias de la aplicación del Real Decreto-Ley de Regulación Sanitaria RD 16/2012 sobre la salud de las mujeres inmigradas”. *Investigaciones Feministas*, vol.5 317-341.

Peralta-Gallego, L., Gené-Badia, J., Gallo, P. (2018) “Effects of undocumented immigrants exclusions from health care coverage in Spain”. *Health Policy* 122, 1555-1160.

Vignolo, J, Vacarezza, M., Alvarez, C. y Sosa, A. (2011) “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud.” *Arch. Med Int* [online], vol.33, n.1, pp.7-11.

Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

8. Apèndix metodològic

ENTREVISTA 1

Data: 13 de gener 2020

Nom de l'entrevistat: Joan Gené Badia

Càrrec de l'entrevistat: Doctor en medicina, especialista en Medicina de Família i Comunitària. Professor associat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Editor associat de les revistes: Atención Primaria i Atención Primaria Práctica. Col·laborador de l'Observatori de la OMS sobre Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris,

Entrevistadora: Maria Magdalena Ripoll Pascual

El RD 16/2012 “Mesures urgents per assegurar la sostenibilitat del SNS” (dictat pel PP) introdueix 4 grans alteracions:

- a) Accés a l’assistència sanitària
- b) Redefinició i reducció de la cartera de serveis
- c) Quins costos del servei recauen en el consumidor/usuari dels serveis
- d) Reducció dels salaris i condicions de treball en el sector, incloent-hi algunes millores en l’eficiència del sistema

De tots els canvis del RD 16/2012, em centro principalment amb el primer apartat i específicament l’afectació d’aquesta mesura a un col·lectiu vulnerable (els immigrants). Com bé sap vostè la naturalesa pròpia del sistema sanitari espanyol és la universalització o almenys així ho desprèn la idiosincràsia de la LGS 1980. Aquest accés universal es va aconseguir mitjançant la LO 4/2000 dels drets i llibertats dels estrangers a Espanya, i es va arribar a la plenitud de la cobertura sanitària el 2012 amb la inclusió dels immigrants indocumentats.

Ara bé, abans que el govern espanyol dictés el RD 16/2012, el govern de la Generalitat (en aquell moment en mans de CiU) plantejava la introducció de mesures restrictives pels immigrants indocumentats (haver de verificar un període mínim de residència en el territori català).

1. Des del sector sanitari i l’opinió pública com va percebre vostè i el col·lectiu professional al qual pertany l’entrada d’aquests canvis?

R/ El RD de mesures extraordinàries va ser rebut evidentment malament, tant pel que fa a la reducció salarial, la reducció de plantilla, és a dir, cobràvem menys i treballàvem més. Després tot el tema del límit d’accés a la gent que no havia cotitzat, el fet de passar

d'un servei universal de salut a un servei obligatori de malaltia d'una forma de facto, va fer que això afectes als espanyols i als estrangers. Els espanyols més o menys hi havia trampetes, si no cotitzava l'apuntaves amb el pares. De tal manera de trobar el forat perquè no quedessin fora. I els estrangers sí que quedaven fora. Així va començar a generar problemes: deixaren de rebre tractaments, retards en els diagnòstics, etc. Per aquest motiu un grup de metges de l'associació espanyola de medicina comunitària ens vàrem fer objectors de consciència del tema. Vàrem signar una carta dient que érem objectors, aquest acte va ser més testimonial que real perquè cap els estrangers ja no passaven ni l'aporta d'entrada, se'ls hi negava l'accés de forma directa.

Un cop aprovat el RD 16/2012, aquest es va aplicar de forma heterogènia en tot el territori espanyol. El sistema sanitari espanyol és molt descentralitzat i es tracta d'una competència autonòmica. En el cas català es va dictar la **Instrucció 08/2015**, Accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als **ciutadans estrangers empadronats** a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut (desdii la lògica del RD 16/2012 la qual relaciona assegurat i beneficiari).

- 2. Com es transmeten les modificacions del RD 16/2012, per una part l'accés sanitari es modula per part del govern autonòmic per la Instrucció 08/2015, però des del 2012 fins al 2015 passen 3 anys, durant aquest període quines són les directrius que han de seguir els professionals de la salut quant a l'atenció dels immigrants indocumentats? Com es fa la implementació del RD 16/2012 durant aquests tres anys? Es tracta d'un procés automàtic?**

R/ El govern català realment va fer cas del RD 16/2012 i de fet a l'article que et passaré està documentat l'increment que es va produir de la mortalitat atribuïble a l'aparició de gent que estava en tractament de càncer o de sida, que va deixar de rebre el tractament.

I després hi ha tot un rebrot de casos d'algunes malalties infeccioses. Clar això té uns efectes. Tu quan no deixes entrar als immigrants al sistema, l'efecte és que no únicament els afecta a ells de manera individual, que lògicament sí que succeeix. Però també té un efecte sobre la població autòctona. Perquè si hi ha més Sida al carrer, més hepatitis, ... ho acaben replegant els autòctons i els estrangers. Per tant, era una mesura poc encertada. A l'informe explica un augment de la mortalitat de la gent immigrant. Mostra un petit augment d'aquestes malalties, ho mostra en detall a l'article. Probablement l'increment de la mortalitat és menys de l'esperada, menys de la que a priori s'havia pronosticat.

3. Com es trasllada la seva implementació als centres proveïdors, i aquests als professionals i per últims els “funcionaris de finestra” als ciutadans? Es segueixen les directives del RD 16/2012, es procedeix a la retirada de les targetes sanitàries (es tracta d'un procés automàtic, quins canals hi ha)?

R/ Clar es va tractar d'un procés automàtic. Els centres proveïdors no tenien autonomia real, l'apart administrativa del sistema ho va aplicar a “raga tabla” i tot aquest col·lectiu va ser ignorat pel sistema. La gent que visitava l'hospital per seguir amb els seus tractaments els varen fotre al carrer. La majoria de metges que estàvem dins el sistema intentarem anant trampejant. El sistema és imperfecta. Llavors, els que estaven dintre del sistema els vàrem seguir atenent. Però tots aquells que intentaven entrar, o anaven a cercar medicaments, o els hi havíem de fer receptes, es trobaven amb traves administratives. Se'ls hi negava tot el que he dit. Ja no podia anar a la farmacèutica, ja no li pagaven el medicament. Les targetes sanitàries es varen treure de seguida. Totes aquelles persones que ja la tenien i que d'acord amb el RD quedaven excloses, se'ls hi retirava.

4. Un cop aprovada la Instrucció canvia molt l'actuació dels centres proveïdors, professionals i funcionaris de finestra? Si hi ha canvis (indicar quins són i com)?

R/ No ho tinc supervisat un per un, però en principi es va aplicar. Però clar amb aquesta instrucció sols tenen dret a l'atenció primària, no tenien dret a l'atenció especialitzada ni als altres nivells. Clar si l'havies d'enviar al cardiòleg, aquest no el visitava. Vull dir, també és una cosa agafada molt amb pines, tenien dret a visites urgents i a visites d'atenció primària. Bueno sí que estàs amb contacte amb el sistema, però uns serveis insuficients.

5. És a dir és com posar un “parxe”?

R/ Exacte, perquè no es morin davant al carrer davant l'hospital. Perquè no sigui el que els mitjans de comunicació puguin treure.

6. L'autonomia no era molt real dels centres proveïdors?

R/ Clar és una activitat que no es paga. Pensa a una sanitat més pressupostaria, és una cosa molt difícil de controlar. Però aquí a Catalunya l'atenció primària està per entitats, cada una té el seu pressupost. Per tant, si a tu no et paguen per aquest pacient, ja ets el primer que dius. O l'administrador diu que no el vol atendre, perquè li costarà uns diners extra que no podrà recuperar.

7. A la gent que se li negava l'accés se'ls hi oferia alguna alternativa?

R/ No n'hi havia. Si venien a les consultes, els atenien, però clar ja els hi negaven l'entrada. Com alternativa que havien d'anar a la privada o a casa seva.

Si és cert que la Instrucció 08/2015 blinda d'alguna manera la universalització de l'accés a la sanitat, però deixa al marge a les persones que no poden accedir al padró, les que fa

menys de 3 mesos que no estan empadronades i les que no disposen d'un document d'identitat. En relació a això algunes preguntes:

- Per una part les conseqüències per les persones que es troben en aquesta situació.
- En segon lloc, s'oferia alternativa a aquestes persones?
- Els funcionaris de finestra són els primers a haver d'aplicar la retirada de la targeta sanitària i revisar si hi ha alguna de les 3 excepcions comentades. Per tant han de tenir molt clar quins són els passos a seguir. En la Instrucció no s'expliciten de manera molt acurada, vosaltres sabíeu clarament quines directrius o protocols d'actuació s'havien de seguir en aquests casos?

8. Cal recordar que la Instrucció 08/2015 estableix que el CatSalut pot verificar i comprovar els requisits i suspendre la tramitació de la sol·licitud (...) si té dubtes raonables o indicis de possible accés en frau de llei, accés indegut o per altra causa justificada. Quan això succeïa el CatSalut s'havia de posar en contacte amb els centres proveïdors. Ara bé però, un parell de qüestions sobre aquest aspecte:

- **Fins a quin punt els funcionaris de finestra podrien saber que es troben davant un frau de llei? Reben sessions formatives?**
- **Quins mecanismes s'estableixen amb els centres proveïdors? Passos a seguir?**

R/ Clar potser que la Instrucció ho digui poc clar els passos a seguir. Però tu pensa que quan una persona demana la targeta sanitària, arriba aquí al taulell diu vull la targeta sanitària, porta la documentació i aquí tenen una ordre de fer una pre-targeta. Aquesta és un paper. Doncs, amb aquesta numero provisional pot ser et visiten o potser et fan

algo, però si després el Catsalut no ho autoritza, això no serveix ni per agafar medicaments, ni per una segona visita, ni res més.

Per una altre part la dialèctica territorial. La opinió en contra d'altres circumstàncies d'aquest tipus, l'opinió del sistema era a favor de la derogació. Hi havia una forta tendència, del món sanitari a favor d'atendre aquest col·lectiu. Tampoc crec que no hi hagués una actitud en contra de no atendre'ls.

9. Pel que fa a la part més pràctica de la Instrucció 08/2015, és a dir, les actuacions que han de seguir els centres proveïdors i com el ciutadà s'informa de les modificacions introduïdes són molt generals. Exemple:

8. Actuacions

8.1. Entitats proveïdores de serveis sanitaris

Les entitats proveïdores de serveis sanitaris han **d'informar i han de gestionar la tramitació de la sol·licitud** d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut a Catalunya, tant administrativament, enviant la documentació requerida, com realitzant el registre de les dades corresponents mitjançant el sistema d'informació i comunicació establerts.

8.2. Informació

El ciutadà disposa de la informació relativa a l'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a Catalunya al **web del CatSalut i al 061 CatSalut Respon.**

R/ Simplement els hi diran que no tenen drets. Tots tenien dret a atenció urgent crec. A part aquest col·lectiu desconeix el sistema, problemes de llengua, etc.

10. Aquestes indicacions es concreten? En el cas que es concretin com?

S'estableix un mecanisme d'ens connectat entre ells de forma jeràrquica o més en xarxes?

R/ Es va emetre l'ordre de no fer la targeta. I si algu per mala pata la feia, després el Catesalu no li feia.

11. L'aplicació és igual per la majoria de CAP's (dintre la mateixa CCAA) ? O poden existir diferències molt grans entre uns i altres? Hi ha establerts alguna mena de sancions?

R/ No, sancions no n'hi havia. Els funcionaris, els administratius a l'entrada tenien l'ordre que per fer una pre-targeta sanitària havien de demanar l'empadronament, i més requisits. SI la gent no portava la documentació necessària, llavors no li feien. En el cas que li fessin, després el Catesalut li negava. Totes les autonomies van fer les seves mesures d'aquest tipus. Aquest RD també va ser una mica de "xiste", perquè hi va haver uns que el varen aplicar i uns altres que no. Llavors, els valencians no el varen aplicar, el PP va denunciar la no aplicació. Però el varen guanyar en el Tribunal Constitucional i després tothom el va haver d'aplicar. És a dir, tothom ho va aplicar de forma desigual, però després tothom ho va haver d'aplicar per llei.

El Catesalut autoritza les targetes, per tant si el Catesalut no autoritzava les targetes, aquesta gent no tenia targetes. El que s'apuntava nou, si hi havia algun error o problema del sistema, el catesalut decidia si autoritzava o no. El funcionament és el mateix per tots els Catesalut.

12. El sistema té una idiosincràsia pròpia i elements que funcionen per inèrcia.

A més, es tracta de persones (i no de màquines) que tenen establertes rutines

de treball, entenc que tantes modificacions no és fàcil introduir-les en el sistema i després expulsar-les? (IMPORTANT)

R/ No hi va haver-hi una informació cap als professionals sobre el tema. Es varen entrar als que realment estaven motivats pel tema de gestió i equitat del sistema sanitari, però en general no hi va haver-hi res. I després el tema que va haver-hi va ser una cosa de facto. Ens ho trobàvem en el moment que anàvem a tramitar la visita, la recepta, etc. La gent s'ho trobava al dia a dia. Es va aplicar i punt. No hi va haver cap informació o feina prèvia per introduir aquestes modificacions. No es va tenir massa mà esquerra.

13. Sobretot en relació amb la pregunta anterior. Cal recordar que el govern català el 2017 va tramitar la llei 9/2017 del 27 de juny, d'universalització de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics per mitjà del Servei Català de la Salut. A través d'aquesta es pretén retornar a l'status quo que s'havia aconseguit el 2012, mitjançant les modificacions de la LO 4/2000 sobre els drets i llibertats dels estrangers a Espanya (relacionant l'accés a l'assistència sanitària amb la condició de resident i no d'assegurat). De la mateixa manera el govern espanyol, a través del RD 7/2018 (mandat socialista) retorna a la lògica universalista. Ara bé, des de determinats col·lectius (Plataforma per una Assistència Sanitària Universal de Catalunya (Pasucat)) lamentable la lentitud del desplegament i el retràs de la llei. Suposo que aquests canvis tampoc són automàtics?

R/ Lo que passa això, encara que el paper està aquí. A la pràctica no està plenament revertit. Això no ho tinc estudiat, però malgrat que teòricament amb aquest article diem que això s'ha acabat amb el govern socialista perquè aquest ho reincorpora. Encara he vist a través de diferents col·lectius del raval i de gent més necessitada que no hi ha una plena implementació del RD. És a dir, no hem tornat realment a la pràctica, en el moment

previ. Encara queden coses, no tothom ho té fàcil per entrar en el sistema. Pot ser que totes ses modificacions que hi ha hagudes sigui una possible causa d'això. Però no ho sé ben bé, no se sap. De fet els socialistes en aquesta legislatura estaven intentant fer un nou RD. Perquè clar el primer el varen fer una mica a corre cuita per dir que retrobem a la cobertura universal. I ara en volien fer un altre més a poc a poc per intentar corregir tots els "flecós" i realment tornar a la cobertura universal.

Aquesta llei catalana, crec que la del 2017 es va recórrer al TC, crec no ho sé segur. A l'article ho explica.

14. Pel que fa a la resta de modificacions introduïdes pel RD 16/2012, com per exemple reducció de cartera de serveis, de costos, etc... ? Ja s'havien pres algunes decisions polítiques del govern català relacionades amb aquestes mesures?

R/ El govern català ja havia pres mesures en aquest sentit, des del punt de vista retributiu i de plantilla. Això encara no s'ha revertit, ni les millores salaris s'han arreglat. La reducció de l'oferta que va ser excloure aquests 400 medicaments del sistema sanitari això segueixen exclosos, no s'han tornat a entrar. Al reducció a aquesta cartera de serveis s'han mantingut.

15. Els canvis de govern i els canvis de discurs que s'han produït al llarg d'aquests anys perpetuen que determinats sectors de la societat es trobin potencialment indefensos en relació amb l'accés de l'assistència sanitària. Així doncs, tant les tensions territorials com les interpartidistes com veu vostè la seva afectació cap als ciutadans? I la seva canalització?

R/ Jo crec que no és per casualitat que l'any passat va haver-hi una vaga de metges al desembre durant una setmana sense parar. Som metges, som gent pacífica. Estant de

vaga total, és una mica de l'estrès i la pressió que comporta que et baixin el sou, et manin més feina i que a sobre pateixis més llistes d'espera i la sensació que no estàs atenent degudament a la població. Les tensions territorials hi són presents. A més les grans decisions són nacionals, no autonòmiques.

ENTREVISTA 2

Data: 24 d'abril 2020

Nom de l'entrevistat: Joan Carles March Cerdà

Càrrec de l'entrevistat: Professor en l'Escola Andalus de Salud Pública (EASP). Investigador en l'Institut d'Investigació Sanitari creat per la col·laboració entre la Universitat de Granada i els Hospitals de Granada. Investigador en el centre d'investigació Biomèdica en Xarxa de CIBERESP depenent de l'Institut de Salut Carles III.

Entrevistadora: Maria Magdalena Ripoll Pascual

1. Des dels professionals sanitaris d'Andalusia quina va ser l'opinió davant les modificacions del RD 16/2012?

R/ En general hi va haver un rebuig cap el RD 16/2012, bàsicament aquest rebuig hi va ser perquè el que feia el RD era canviar la forma de com ens relacionàvem amb el sistema sanitari. Per tant, era un canvi estructural tan important que va fer que tant organitzacions de la societat civil com associacions professionals, en general rebutjaren aquesta mesura. Hi ha més de 66 documents, 47 publicats per organitzacions de la societat civil, 17 per associacions de professionals sanitaris i 2 per organitzacions tant de la societat civil com professionals mesclades, que inclouen informes, comunicacions,

notes de premsa, declaracions, cartes, models de objecció de consciència. Per tant hi va haver una resposta important en general sobre aquesta qüestió per part d'aquest conjunt de professionals. Per tant, hi va haver un rebuig bàsicament, perquè la majoria de grups plantejaven dues coses, per una part limitava l'accessibilitat de grups vulnerables incloent persones immigrants o gent que no tingues cotització prèvia, gent en situació de dependència, etc; i també per que afectava a la qualitat assistencial, de colque manera hi havia un impacte a la salut individual i col·lectiva. Junt a això, per part de grups professionals també es plantejava que estava afectant a l'ètica professional.

Exemple d'això la SAIE

Exacte hi havia un rebuig en quant a ètica professional. Però alhora afegir el rebuig per part de la societat civil, és molt important tenir-los en compte com element de pressió.

2. Quina va ser la reacció del govern d'Andalusia?

R/ La postura global del govern era estar en contra d'aquestes mesures, és a dir, hi va haver un posicionament polític en contra de les mesures del govern central. Però des del meu punt de vista no anava relacionat amb l'aplicació pràctica. De colque forma hi va haver un posicionament política fort en contra i bàsicament lo que se va dir es que no se podia aplicar el RD i excloure als immigrants, però realment ho varen passar pitjor associacions. La teoria alo que plantejava el govern andalús era una qüestió d'estar en contar, però també aquests elements varen aprofitar per plantejar retallades. És a dir, hi havia un doble discurs entre la realitat i lo que era el plantejament pràctic.

3. Com es va traslladar aquesta política en els centres proveïdors, als funcionaris de finestra?

R/ Les indicacions als centres proveïdors foren que Andalusia no es posava en marxa el RD. Però de fet, aquesta historia va servir per fer retallades. Jo crec que això és una

mica de colque forma la contradicció de dir una cosa i fer una altra. Crec que en aquest sentit no hi va haver cap qüestió posada damunt de taula que s'havia de fer, o inclús a vegades es posava damunt taula el Rd com element que marcava determinades polítiques. La realitat és que hi va haver retallades utilitzant com excusa el RD.

4. La Junta d'Andalusia va plantejar un recursos d'inconstitucionalitat en contra del RD 16/2012. Va implementar alguna de les part del RD 16/2012?

R/ Si, però per això dic que hi ha la contradicció, jo recurresc i no planteig ningun element en contra, però utilitz com element de crisi sanitària en aquest moment per plantejar qüestions que marquen de colque forma aquest RD. Posant en marxa determinades retallades de personal, per exemple, que afectaren a aquesta situació.

5. D'acord entenc que per una part es criticava al RD, des del punt de vista ètic (com es pot excloure col·lectius vulnerables), però després utilitzam el RD per desmillorar la qualitat del servei sanitari.

R/ Clar contradicció entre una cosa i l'altre. El que plantejaven en teoria a través d'un recurs, després no ho varen complir exactament a nivell pràctic.

6. El TC va dir que el RD no era inconstitucional, durant els següents mesos es va aplicar abans que el PSOE tornés a dictar un RD per retornar al sistema universal d'accés a l'assistència sanitària?

R/ Sí, a veure jo crec que hi ha dues qüestions a tenir en compte. Per una part una política oberta, no crec que es en contra del RD 16/2012, és a dir, no es va enviar informació als centre de salut perquè utilitzessin aquesta política (d'exclusió a aquells col·lectius que d'acord amb el Rd no podien accedir als sistema sanitari). Per altra part, aquest RD va marcar un precedent per un conjunt de polítiques de retallades. No s'utilitzava per dificultar l'accés als immigrants, però perquè els immigrants també se sentien una mica

afectats, la realitat feia que per davant es mantenia una postura d'estar en contra, però per darrera es feien unes polítiques de retallades globals al sistema.

- 7. Doncs, entenc que com a qualsevol servei, el sistema té una idiosincràsia pròpia, veig que no es va aplicar l'exclusió de tota una sèrie de col·lectiu, però sí les retallades. És interessant veure com és molt fàcil introduir en el sistema tot el que són qüestions de retallades, però després expulsar-les no és tant fàcil. Ex: Catalunya no s'ha recuperat determinats medicaments.**

R/ Hi va haver un retall important, a Andalusia concretament de personal. En principi, el govern andalús no està d'acord amb aquesta política, però la marca com restriccions generals que me serveixen per posar en marxa retallades a nivell personal, perquè de col·lectiu forma no me venen pagades.

És a dir, per una banda no es lleva cap dels programes que hi havia, però es lleva una quantitat de línies professionals que treballen en aquest món.

- 8. Respecte a les conseqüències del RD 16/2012 a Andalusia. Ex: Catalunya gran vaga al 2018 del professionals sanitaris, la no recuperació de personal, medicaments que quedaven exclosos del sistema sanitari, etc. A Andalusia com es va donar?**

R/ A pesar que hi havia un rebuig clar envoltant del RD, la política real no va anar lligat a la política teòrica. És a dir, jo vaig ser director de l'escola andalusa pública a partir del l'any 2015, des del 2012, la mateixa escola va seguir fent projectes amb immigrants, reunions internacionals, publicarem articles, seguirem fent feina amb aquesta línia. Però des del 2012 ens pegaren una retallada molt important, nosaltres rebíem a l'any 2009, 2010, 2011 una quantitat de doblers i se'ns va llevar una gran part d'aquests doblers que ens donava la junta d'Andalusia. En teoria nosaltres fem feina amb aquest tema, tenim

una postura clara respecta a l'atenció sanitària dels immigrants i de col·lectius vulnerables, però davant això la junta decideix retallar el pressupost. Això com a visió de l'escola. Però la realitat del sistema sanitari que determinats qüestions que feien feina amb ONGS, doblers destinats a contractes, varen disminuir. La retallada amb personal que hi va haver a Andalusia durant aquests anys es prou important. Per exemple la meua escola va marcar probablement una dificultat importantíssima econòmicament.

Des de l'any 2012 la política de la junta Andalusia diu que hem blindat la política sanitària andalusa davant el que planteja Madrid. Però la realitat és que hi va haver un 9'6% menys de professionals en el servei andalús de la salut. Una caiguda d'un 9'6-5. Quasi són 6000, concretament 5791, professionals menys. Nosaltres com a escola andalusa pública no hem recuperat econòmicament aquelles partides que ens varen retirar. Jo des del 2015 al 2019 la quantitat de doblers base era la mateixa. Hi ha informes que parlen d'una pèrdua de destinació de la junta andalusa al sistema sanitari important.

Andalusia des de l'any 2009 al 2014 va baixar de despesa de personal i va pujar lleugerament a l'any 2015. De colque forma per dir-te una miqueta. De fet, jo record haver hagut diferents manifestacions, etc. Per exemple la gent que es jubilava no s'incorporava a ningú. Hi havia més contractes temporals més contracte a temps parcial, amb una disminució important del personal. La realitat en contra d'una política del govern central, es va utilitzar per augmentar retallades a nivell pràctic, no afectant directament a la política d'aquestes persones, però sí a la realitat. Un per la sensació que tenia la gent, si tens un decret dius m'afectarà, encara que no hi va haver cap resolució del govern andalús en aquest sentit, però indirectament encara que no s'exclogués aquest col·lectiu de l'assistència sanitària, sí que hi va haver un deteriorament en la qualitat de la prestació del servei.

Si hi ha menys personal sanitari per atendre el mateix nombre de pacients, o la demanda augmenta, la qualitat del servei disminueix.

Hi va haver moviments de charge.org en contra de les retallades i del RD 16/2012. Per tant, hi va haver moviments en aquest sentit. Record també que hi va haver canvis importants en el servei central de la salut i de col·locar forma amagaven aquesta qüestió.

Si miram de fet, Andalusia deu ser de les CCAA que més va retallar respecte al sistema sanitari, probablement més que Catalunya. De l'any 2009 al 2012 ja va baixar la despesa sanitària, del 2009 al 2013 una baixada important (menys personal sanitari, retallades a farmàcia, menys inversions), la 2015 recupera un poquet, però continua.